

Aus der Landesheil- und Pflegeanstalt Göttingen (Direktor: Prof. EWALD).

Beitrag zur Frage des Korsakow-Syndroms und zur Analyse der amnestisch-strukturellen Demenz*.

Von

HEMMO MÜLLER-SUUR.

(Eingegangen am 9. Juli 1948.)

Die folgende Mitteilung einer schweren organischen Hirnschädigung, welche durch Verschüttung bei einem Bombenangriff hervorgerufen worden ist und zu einem Zustand amnestisch-struktureller Demenz geführt hat, scheint geeignet, die Psychopathologie des sog. Korsakow-Syndroms oder amnestischen Symptomenkomplexes gewissermaßen durch einen Aspekt von dessen äußerer Grenze her zu bereichern. Und da in einem Falle wie dem unsrigen die Verschiedenheit der psychopathologischen und der hirnpathologischen Betrachtungsweise deutlich in Erscheinung tritt, mag seine Analyse vielleicht auch mithelfen zu der notwendigen Klärung der Beziehungen zwischen Psychopathologie und Hirnpathologie, welche ein wesentliches Anliegen des Lebenswerkes EWALDS ist.

1. Der Fall.

Es handelt sich um eine 53jährige Ehefrau. Ihr Mann war Leitungsmeister bei der Eisenbahn. Seit ihrem 23. Lebensjahr lebte sie mit ihm in glücklicher Ehe. Sie war eine musterhaft ordentliche und umsichtige Hausfrau. Ihre Mußestunden verbrachte sie mit Handarbeiten, Pflege ihres Gartens und dem Lesen von Romanen. Von ihrer Schwester wird sie als stiller, ernster und ausgesprochen häuslicher Mensch bezeichnet. Sie hatte zwei Kinder. Das eine starb als Säugling an einer Lungenentzündung, das zweite, ein Sohn, entwickelte sich gut. Sie hing sehr an ihm, sparte unermüdlich, damit er etwas ordentliches werden könnte. Er fiel mit 19 Jahren. Das traf sie schwer. Sie trug es aber ihrer bescheidenen und stillen Wesensart entsprechend ohne viel Aufhebens davon zu machen.

Sie wohnte in einem kleinen Dienstwohnungshäuschen an der Bahn. Bei einem Bombenangriff am 22. 2. 45 wurden sie und ihr Mann im Keller dieses Hauses verschüttet. Als man sie nach 7 Stunden befreite, war ihr Mann tot und sie selbst bewußtlos. Spuren von Erbrechen waren bei ihr nicht bemerkbar. Sie wurde in bewußtlosem Zustand ins Krankenhaus verbracht. Dort wurden bei ihr weder äußere Verletzungen noch irgendein krankhafter Befund an den inneren Organen festgestellt.

Sie war zunächst 6 Tage lang überhaupt nicht ansprechbar und ließ Urin und Stuhl unter sich. Am 7. Tage nach dem Unfall begann eine motorische Unruhe, die sich in den folgenden Tagen verstärkte und die Verabreichung von Scopolamin und Morphium zur Ruhigstellung notwendig machte. Bei dem Erregungs-

* Herrn Prof. EWALD zum 60. Geburtstag.

zustand wurde zeitliche und örtliche Desorientiertheit vermerkt. Der Erregungszustand dauerte fast 3 Wochen. Als sie sich beruhigt hatte, zeigte sich ein eigenartiges Bild: Die Patientin beobachtete wohl ihre Umgebung und führte auch einfache Anordnungen mechanisch aus; sie wird aber im übrigen als nicht ansprechbar und als „seelisch auf der Höhe eines etwa 10jährigen Kindes“ stehend bezeichnet. Man verlegte sie in ein Siechenhaus, von wo sie zu uns kam, da sie sich dort störend verhielt.

Sie zeigte bei uns, sich selbst überlassen, zunächst eine iterative Bewegungsunruhe. Ununterbrochen zupfte sie mit den Händen an ihrem Bettzeug herum, das sie dabei auch zerriß; und sie rief in einem fort nach der Schwester, ohne daß sie wußte, was sie eigentlich von dieser wollte. Bei Befragen zeigte sich, daß eine hochgradige Gedächtnisstörung vorlag. Die Patientin konnte weder ihr Alter angeben, noch Angaben über ihre Eltern, ihre Familie und ihr eigenes früheres Leben machen; sie wußte nur ihren Heimatort und ihren Namen, sonst nichts. Drang man in sie, um mehr zu erfahren, so gab sie uneigene Verlegenheitsantworten, sie sagte, mehr oder weniger drauflosredend irgend etwas, was ihr gerade einfiel und das nur manchmal mehr oder weniger entfernte Beziehung zu der ihr gestellten Frage hatte. Gebot man ihr, mit dem Zupfen einzubalten oder das Rufen nach der Schwester einzustellen, so befolgte sie stutzend und etwas verstört diese Aufforderung ein paar Minuten lang, um dann wieder in ihre motorischen und sprachlichen Iterationen zu verfallen.

Mit der Zeit wurde sie dann von selbst ruhiger. Es zeigte sich nun ein Bild von auffallender Bewegungsarmut und von psychisch ausdrucksloser Leere. Eine eingehendere Untersuchung ihres psychischen Leistungsvermögens zeigte jetzt zunächst eine erhebliche sogenannte Einstellstörung. Das heißt, es gelang meist gar nicht, die an sie gerichtete Aufforderung richtig an sie heranzubringen, sie auf eine bestimmte Frage oder zur Ausführung einer bestimmten von ihr geforderten Leistung einzustellen, da sie gar nicht richtig auffaßte, was man von ihr wollte. So bestritt sie z. B. verheiratet zu sein und Kinder gehabt zu haben auch dann, wenn man ihr eindringlich die wahren Tatsachen vorhielt; sie sprach einfach nicht richtig an. Es klang anscheinend gedächtnismäßig dabei auch nichts in ihr an. Begriff sie aber einmal doch, so zeigte sich, daß sie nun von der gefaßten Vorstellung nicht mehr loskam. So wurde sie z. B. aufgefordert, sich hinzusetzen; sie machte daraufhin verschiedene Ansätze zum Hinsetzen und äußerte dabei: „Ja, ganz gern, ganz gern, ich setze mich hin, setze mich hin, so jetzt sitze ich schon.“ Sie setzte sich aber nicht. — Sie wußte nicht, wo sie war und erfaßte es auch nach Erklärung nicht richtig. Sie verwechselte die Tages- und Jahreszeiten und hatte ganz den Sinn für Zeitschätzungen verloren. Auf die Frage, wie lange sie bei uns wäre, antwortete sie am 17. 9. 45 (sie war seit dem 3. 8. 45 bei uns): „Noch gar nicht lange.“ Und bei weiterem Fragen sogleich: „Vielleicht vier Jahre.“ Auf Vorhalt, ob das nicht lange sei, sagte sie dann zunächst „nein“, um bei nochmaligem Fragen sogleich hinzuzufügen: „Oh ja, ist ne lange Zeit.“

Vorgehaltene Gegenstände erkannte sie nicht. Sie fand aber doch gelegentlich aus einer Mehrzahl von Dingen ein benanntes richtig heraus, ohne allerdings dieses bewußt zu bemerken. So z. B. nahm sie auf Aufforderung eine Sicherheitsnadel, indem sie zum Untersucher dabei äußerte: „Wenn ich eine hätte, dann würde ich sie Ihnen geben.“ Bei der Aufforderung, die Sicherheitsnadel zu öffnen, steckte sie sie in den Mund. Und als ihr gesagt wurde, sie möge ein Loch in ihrem Kittel damit zustecken, ließ sie sie fallen, manipuliert mit den Fingern an dem Kittelloch herum und äußerte dann befriedigt: „So, so!“ Als ihr danach ein Bleistift gegeben wurde mit der Aufforderung, damit zu schreiben, steckte

sie auch diesen mit der Spitze in den Mund, bemerkte dann aber doch, daß da etwas nicht ganz stimmte und sagte verlegen: „Nun stecke ich ihn auch noch in den Mund rein.“ — Man pflegt diese bei der Pat. zu beobachtende Leistungsstörung ideatorische Apraxie zu nennen, d. h. ein Nicht-in-der-Lage-sein, das, was man sich vornimmt, richtig auszuführen, weil man zu einem gezielten Handlungsvollzug nicht fähig ist. Ideatorisch-apraktische Kranke handeln verkehrt, weil sie, wenn man es einmal so ausdrücken darf, nicht in der Lage sind, einen richtigen Handlungsplan zu entwerfen. Ungezielte unbeabsichtigte Leistungen können dabei — gleichsam zufällig — gelingen, wie das Herausfinden der Sicherheitsnadel, sie können aber nicht in gezielter Weise fortgesetzt werden, wie wir es bei dem beschriebenen weiteren Verhalten unserer Patientin in der angeführten Situation ja sahen.

Diese Leistungsstörung zeigt sich natürlich auch auf sprachlichem Gebiet und bewirkt dort eine Art Aphasie, die man als transcorticale Aphasie bezeichnen kann. Wir finden bei der Patientin dabei aber sowohl Wortfindungsstörungen wie bei der amnestischen Aphasie, welche eine motorische transcorticale Aphasie ist, als auch Sinnverständnistörungen wie bei der sensorischen transcorticalen Aphasie, wo die Patienten wohl alles nachsprechen, aber nicht dessen Sinn verstehen können. Wir haben also sowohl motorische als auch sensorische transcortical-aphasische Störungen vor uns. Und ebenso ist es beim Lesen. Sie liest zum Teil mechanisch ohne Sinnverständnis richtig, zum Teil aber paraphasisch durch sinnstörendes Auslassen oder zufälliges Hinzufügen von Worten. — Nach dem bekannten sog. psychischen Reflexbogenschema haben wir also diese Störung entweder in beide Leitungsgebiete zum Begriffszentrum oder in das „Begriffszentrum“ selbst zu lokalisieren.

Wir haben also festzustellen, daß neben der hochgradigen Gedächtnisstörung die ideatorische Apraxie als die wesentlichste psychische Ausfallserscheinung uns bei der Patientin entgegentritt. Die sog. Einstellstörung läßt sich aus diesen beiden Komponenten ungezwungen erklären, ebenso wie die Zeitsinnstörung, was uns noch zu beschäftigen haben wird. Es fragt sich daher nun zunächst, ob auch ein direkter Zusammenhang zwischen der Gedächtnisstörung und der ideatorischen Apraxie besteht, ob nicht vielleicht die eine auf die andere zurückgeführt werden kann. Um diese Frage zu entscheiden, ist es aber notwendig, die Gedächtnisstörung selbst zuerst noch näher ins Auge zu fassen.

Zum Gedächtnis im weiteren Sinne kann man zählen: die Merkfähigkeit, eine sicher in sich selbst wieder komplexe Leistung, welche die Aufnahme der Gedächtnisdaten ermöglicht, und das reproduktive Gedächtnis im engeren Sinne, wobei man gut tut, zwischen dem Reproduktionsvermögen eines allgemeinen neutralen Wissensbestandes, dem, was man im allgemeinen mit Gedächtnis im gewöhnlichen Sinne des Wortes bezeichnet, zu unterscheiden, und dem Erinnerungsvermögen, d. h. der Reproduktion persönlicher Erlebnisbestände, dessen, was man an individuellem eigenen Wissen in sich trägt.

Sehen wir die Patientin daraufhin näher an, so finden wir, daß ihre Merkfähigkeit, soweit diese als Fähigkeit zur Aufnahme von Gedächtnisdaten im weiteren

Sinne zu verstehen ist, durch die mit der ideatorischen Apraxie verbundene Auffassungsstörung und Einstellstörung erheblich beeinträchtigt ist, daß aber das einfache, unbewußte Merkvermögen besser ist, als es bei flüchtiger Betrachtung den Anschein hat. So zeigte sich z. B., daß die Patientin imstande ist, Äußerungen, die sie auf der Krankenabteilung hört, und Vorfälle, welche sie sozusagen ganz beiläufig auffaßt, auch nach Tagen noch wiederzugeben. So behielt sie z. B. eine ihrer wenigen (unzutreffenden) Deutungen, welche sie beim RORSCHACHschen Formdeuteversuch von Klecksfiguren gegeben hatte, und sie kann über Zwischenfälle auf der Station wie eine Art Registriermaschine oft ganz genau Auskunft geben. Bemerkenswert ist dabei jedoch, daß sie den Sinn des Behaltenen meist nicht kritisch erfaßt hat.

Ihr Gedächtnis dagegen ist, wie schon gesagt, schwerstens gestört. Sie weiß sozusagen fast nichts mehr. Aber auch hier zeigt sich bei näherer Untersuchung, daß sie imstande ist, mehr zu leisten, als es bei flüchtiger Beobachtung den Anschein hat. So konnte sie z. B. eine Reihe von Sinnsprüchen zu Ende führen: (Üb' immer Treu und Redlichkeit) „bis an dein kühles Grab.“ (Tue Recht) „und scheue niemand.“ (Allen Menschen Recht getan) „ist — ist“ (eine Kunst) „die niemand kann.“ Ja es gelang sogar eine gewisse sinnhafte Reproduktion: (Wer sich entschuldigt) „hat ein schlechtes Gewissen.“ Auch war sie imstande auf die Reizworte: Kommt ein Vogel geflogen, die erste Strophe richtig zu Ende aufzusagen und sagte ebenso auf die Worte: Festgemauert in der Erden, die erste Strophe der „Glocke“ richtig her; natürlich automatisch.

Ein persönliches, individuelles Gedächtnis, also ein Erinnerungsvermögen ließ sich jedoch bei ihr auch bei eingehenderer Untersuchung nicht nachweisen. Sie beantwortet fast alle Fragen, die ihr persönliches Schicksal betreffen (soweit sie diese erfaßt) mit allgemeinen Redensarten oder ihr zufällig einfallenden Konfabulationen. Als ihr bei einem Besuch ihrer Schwester im Juni 1947 das Bild ihres so sehr geliebten Sohnes vorgelegt wurde, begrüßte sie es erfreut, erkannte ihren Sohn aber nicht, sondern meinte, es stelle ihren Bruder, den Onkel ihres Sohnes, dar. Auch bei dem Versuch, sie zum richtigen Erkennen des Bildes zu bringen, blieb sie bei der anfänglichen Verkennung und nannte dann noch den Namen der Tochter ihres Bruders, ihrer Nichte. Andere Patienten hatten damals beobachtet, daß sie die Namen dieser beiden Personen vorher häufiger vor sich hingesprochen hatte. Von Mann und Sohn spricht sie niemals, und wenn man sie danach fragt, äußert sie meist wie selbstverständlich, daß beide am Leben wären, ohne aber dabei irgend ein inneres Interesse an ihnen zu bekunden. Als ihr vor kurzem einmal vorgehalten wurde, beide seien umgekommen, weinte sie flüchtig betroffen und sagte: „Ja, es sind schlimme Zeiten.“ Die sie persönlich betreffende Bedeutung dieser Ereignisse berührt sie nicht.

Es ist danach also festzustellen, daß der wesentliche Ausfall von Gedächtnisleistungen bei der Patientin ein solcher des Erinnerungsvermögens, also des persönlichen Gedächtnisses ist. Mechanische Reproduktionsleistungen lassen sich bei ihr ebenso nachweisen wie die primitive Merkfähigkeit. Diese Störung des persönlichen Gedächtnisses, des Erinnerungsvermögens, äußert sich auf den ersten Blick in dem schweren amnestischen Syndrom, das die Patientin bietet. Eine Rückführung dieses Ausfalls des Erinnerungsvermögens auf die ideatorische Apraxie ist bisher weder versucht worden, noch scheint sie uns ohne Zwang einleuchtend möglich zu sein, wie es z. B. bei gewissen Formen der Merkfähigkeit der Fall ist. Wir müssen daher wohl diese

Störung als eine eigene Grundstörung neben der ideatorischen Apraxie annehmen.

Nicht unwichtig ist nun weiterhin noch für die Beurteilung unseres Falles die Emotionalität der Patientin. Wir finden in dieser Beziehung eine eigenartig leerzufriedene Grundstimmung bei ihr, bei einem fast völligen Mangel jedes spontanen Antriebs. Sie sitzt seit 2 Jahren tagaus tagein in der gleichen Weise völlig ohne jede Initiative auf der Krankenabteilung herum oder bleibt stehen, wo man sie hinstellt, fast wie eine Katatone. Gewisse Ereignisse in ihrer Umgebung bringen auf ihren Gesichtszügen gelegentlich eine Art flüchtigen Widerschein hervor. Auf freundlichen Zuspruch antwortet sie mit einer ausgesprochen erfreut wirkenden Begrüßung, ganz gleich wer es ist, der sich ihr zuwendet. Sonst fehlt jeder eigene Ausdruck, der auf ein seelisches Innenleben schließen ließe. Ihr Gang ist ausdruckslos, wie automatisch. Wenn sie spricht, hat man meist den Eindruck, daß sie selbst gar nicht richtig dabei ist; oft redet sie einfach drauflos. Die persönliche Note fehlt auch hier, ebenso wie in ihren noetischen Leistungen. Affektiv läßt sie sich, nachdem sie anfangs noch manchmal etwas ratlos-weinerlich war, jetzt durch nichts mehr aus einer zufrieden-ruhigen Stimmung bringen; selbst auf Schmerzreize reagiert sie so gut wie gar nicht.

Körperlich finden wir deutliche amyostatische Symptome: eine Tonus-erhöhung der Muskulatur, anfangs war sogar ein leichtes Zahnradphänomen an den Armen nachzuweisen und vorübergehend auch leichter Schütteltremor zu sehen. Die Sehnenreflexe sind an Armen und Beinen gesteigert, doch fehlen ausgesprochene Pyramidenzeichen. Die Zunge wich anfangs deutlich nach links ab, jetzt kaum mehr. Andere neurologische Abnormitäten finden sich nicht. Blut und Liquor zeigen regelrechte Verhältnisse. — Das Encephalogramm durch Luftfüllung der Ventrikel zeigt eine deutliche Erweiterung sowohl des dritten als auch der Seitenventrikel, sowie auch vermehrte Luftansammlungen über der Oberfläche, besonders im Stirnhirngebiet. Ein Hydrocephalus internus liegt danach sicher, ein Hydrocephalus externus möglicherweise auch vor. — Der Hirnaktionsstrom ergab mit einem Vorwiegen von β -Wellen einen Befund, der nach den bisher bekannten Beobachtungen keine diagnostischen Schlüsse zuläßt. Eine jetzt vorgenommene Nachuntersuchung ergab Mischung von α - und β -Wellen. (Diese elektroencephalographischen Untersuchungen wurden von DUENSING vorgenommen.)

Bemerkenswert ist, daß sich trotz der vorübergehend angedeuteten extrapyramidalmotorischen Symptome ein ausgesprochen parkinsonistisches Bild nicht entwickelt hat; insbesondere waren nie vegetative parkinsonistische Symptome nachzuweisen. Die anfängliche Inkontinenz für Stuhl und Urin besteht noch. Die Patientin merkt aber jetzt den Drang; nur verhält sie sich nicht entsprechend, sondern gibt ihm auf der Stelle nach, so daß sie sich immer noch naß und schmutzig macht.

2. Vergleichsfälle.

Nach diesem Überblick über Verlauf und klinischen Tatbestand mag zunächst ein Vergleich des Falles mit anderen ähnlichen Fällen interessieren. Ich möchte daher erwähnen, daß ich selbst einen ähnlichen Fall als Soldat gesehen habe. Es handelte sich um einen weitgehend vergleichbaren schweren amnestischen Symptomenkomplex nach einer sog. Commotionspsychose, die im Anschluß an einen Sturz aus dem Obergeschoß eines Hauses aufgetreten war. Bei diesem Fall

konnte ich eine nicht unerhebliche Rückbildung und Besserung des Gedächtnisses beobachten. Der endgültige Verlauf ist mir leider entgangen. — Einen anderen Fall nach einem Sturz aus dem Zuge hat EWALD veröffentlicht¹. Bei diesem blieb nach einem zunächst reicheren Korsakow-Syndrom mit schwerster Merkstörung und Einstellstörung, besonders zeitlicher Desorientierung und erheblichem Konfabulieren eine hochgradige Merkschwäche zurück. Bei diesem Fall wurde encephalographisch eine mäßige Erweiterung der Ventrikel festgestellt. Infolge interkurrenten Herztodes kam der Patient zur Sektion. Diese ergab Veränderungen am Stirnhirn und eine Pachymeningitis über beiden Hirnoberflächen. — Mein beobachteter Fall unterschied sich klinisch durch nicht so weitgehenden Gedächtnisverlust und relativ gute Restitution, EWALDs Fall auch durch stärkere Konfabulationen von dem hier beschriebenen.

HADDENBROCK hat von einem Fall unserer Anstalt berichtet², wo bei einer Jugendlichen im Zuge eines chronischen, mit remittierend entzündlichen Exacerbationen verlaufenden Stammhirnprozesses episodische tiefgreifende Persönlichkeitsveränderungen zu beobachten sind, die in ihrer Art in gewissem Sinne mit denen unserer Patientin vergleichbar sind; sie bilden sich mit Abklingen der Episoden zurück und hinterlassen völlige Erinnerungslosigkeit. HADDENBROCK vergleicht die mit schwerem amnestischen Syndrom verbundenen Persönlichkeitsregresse seines Falles, angeregt wohl durch die infolge des jugendlichen Alters der Patientin in echterer Art kindähnlich erscheinenden Veränderungen, mit der kindlichen Psyche. Er konnte sowohl neurologische wie psychologische archaische Erscheinungen nachweisen, wie Saugreflexe und primitive Abwehr- und Lustaffektäußerungen sowie sprachliche Entäußerungen, die Wortbildungen und Satzformen zeigten, wie sie beim Kleinkind beobachtet werden. — Was den Fall von HADDENBROCK aber (natürlich neben der außerdem vorhandenen Lokalsymptomatik) charakteristisch von dem unseren unterscheidet, ist eine affektive Enthemmung und Hyperreagibilität, welche bei unserem Falle fehlt. Unsere Patientin erinnert mit ihrer affektiven Schwingungs- und Teilnahmslosigkeit viel mehr an die bekannte amnestische Demenz der chronischen Korsakow-Kranken. Jedoch auch von diesen Kranken unterscheidet sich noch die Affektivität unseres Falles. Gegenüber der bei der amnestischen Demenz zu beobachtenden affektiven und trieblichen Ungebremstheit — wenn sie z. B. einmal angefangen haben zu essen, sind diese Patienten unmäßig gefräßig; ein Patient meiner Beobachtung brüllte tagelang nach Tabak, als er einmal eine Zigarette bekommen hatte — gegenüber dieser affektiven Ungebremstheit, in der

¹ EWALD, G.: *Allg. Z. Psychiatr.* **115**, 220 (1940).

² HADDENBROCK, S.: *Nervenarzt* **1947**, 479.

die Korsakow-Demenzen durchaus noch dem Falle HADDENBROCKS vergleichbar sind, fällt bei uns jedoch auch bei den affektiven und trieblichen Regungen neben dem Fehlen jedes eigenen Antriebs der Mangel jeder anhaltenden affektiven Anregbarkeit, das Fehlen jeder Spontaneität und Schwingungsfähigkeit auf. Auch ist bei unserem Fall weniger das Fehlen der Merkfähigkeit, sondern mehr die Einstellstörung, das Fehlen der persönlichen Abgehobenheit des Erlebens und des persönlichen Gedächtnisses die Hauptsache der psychischen Veränderungen, während man beim eigentlichen Korsakow-Syndrom als das Zentralsymptom die Merkschwäche anzusehen pflegt¹. So zeigt z. B. der bekannte Fall von STÖRRING bei fast ganz aufgehobenem Merkvermögen eine ganz erhaltene und relativ differenzierte Persönlichkeit mit eigener Stellungnahme, deutlicher Abgehobenheit des eigenen Erlebens und erhaltener Intentionalität, und ebenso wie die anderen Korsakow-Kranken bei Summation von unbemerkten Reizen starke affektive Reaktion².

Das Fehlen einer eigentlichen affektiven Resonanzfähigkeit, oder besser wohl: Anregbarkeit zu eigenem emotionalen Schwingen, ist demgegenüber an unserem Falle besonders eindrucksvoll. Man konnte unserer Patientin z. B. mit einer längeren Reihe von Schmerzreizen nur die so einfach dahingesagten Worte entlocken (auf Befragen, ob sie nichts spüre): „Ach, ein bißchen Schmerzen muß man doch aushalten können.“ Es ist bei ihr eine emotionale Stabilität zu verzeichnen, die allerdings auch das Korsakow-Syndrom gegenüber dem bekannten hyperästhetisch-emotionellen Schwächezustand, der sog. affektiven Inkontinenz, auszeichnet, welche wir sowohl postkommotionell als auch nach anderen exogenen Hirnschädigungen sowie auch bei der Cerebralsklerose finden. Aber die emotionale Stabilität unserer Patientin geht über die gewöhnliche des Korsakow-Kranken hinaus. In dieser emotionalen Hinsicht erinnert sie vielmehr an die Zustandsbilder, wie sie nach der sog. Leukotomie beschrieben werden. Bei diesen Patienten, denen durch operativen Eingriff die subcorticale weiße Hirnsubstanz des Stirnhirns durchschnitten wird (also vor allem wohl die frontalen thalamo-corticalen Leitungsbahnen), beobachtet man neben dem Verlust ihrer persönlichen Abgehobenheit von der Umwelt und den damit verbundenen Folgen ihres Verhaltens ein Verschwinden jeder „affektiven Spannung mit all ihren Folgen“. Sie werden ebenso wenig von Furcht und Angst wie von Schmerz noch betroffen. Nichts bringt sie mehr aus ihrer ruhig-zufriedenen Stimmung, da sie „nicht

¹ Auf die Frage, wieweit diese übliche Auffassung zu Recht besteht, wird noch eingegangen. Vgl. Abschnitt 4.

² STÖRRING, G. E.: Arch. Psychol. (D.) 81 (1931). — Vgl. dazu auch STÖRRING: Über Grundfragen der medizinischen Psychologie. Düsseldorf 1948.

mehr affektiv getroffen“ werden. Sie kümmern sich nicht mehr darum, obwohl Intellekt und Gedächtnis nicht beeinträchtigt sind. Allerdings: „je mehr durchschnitten wird, um so schwieriger ist die Wiederanpassung des Patienten in sozialer Beziehung und um so länger dauert sie“ (KÖBCKE¹). In affektiver Hinsicht ähnelt unsere Patientin wie gesagt diesem Zustand sehr, so sehr sie sich auch durch ihre anderen Störungen wieder von den Leukotomierten unterscheidet.

3. Kausalanalytische Deutung und hirnpathologische Beziehungen.

Aus dieser kursorischen Konfrontierung mit bekannten klinischen Bildern ergibt sich, daß unser Fall nosologisch, wenn auch in deren Grenzbereich, so doch in die Reihe der sog. Korsakow-Syndrome oder in den Bereich des sog. amnestischen Symptomenkomplexes gehört, als dessen Hauptsymptome von BÜRGER-PRINZ und KAILA Persönlichkeitslosigkeit, Aspontaneität, Verengerung des Erlebnishorizonts, Entdifferenzierung, Erschwerung des Gestaltaufbaus, Synthesenstörung des Denkens und Verschwommenheit aller intentionalen Zielsetzungen, Abschwächung des sinnlich-anschaulichen Gehaltes der Vorstellungen, starke Erschöpfbarkeit aller psychophysischen Prozesse und Lahmlegung des Trieb- und Affektlebens herausgestellt worden sind². Versuchen wir nun eine kausalanalytische Deutung, d. h. fragen wir nach Pathogenese und Ätiologie unseres Falles.

Auf lokalisatorische Probleme möchte ich als Psychopathologe dabei nicht näher eingehen, sondern nur darauf hinweisen, daß dieser Fall auf die Frage: Hirnstamm- oder Hirnrinden-bedingt? in sehr eindringlicher Weise die Antwort von EWALD: „Sowohl als auch!“ nahelegt, und ebenso den von EWALD vertretenen Gedanken des Vorwiegens der Hirnstammsymptome im akuten und des Vorwiegens der Hirnrindensymptome im chronischen Stadium, wie wir es jetzt vor uns haben³.

Etwas Abschließendes in bezug auf Ätiologie und Pathogenese des Korsakow-Syndroms kann uns die hirnpathologische Forschung bisher noch nicht geben. Es stehen sich pathogenetisch die GAMPERSche Hypothese der Zwischenhirnschädigung mit der Zentralstelle der Corpora mamillaria und die vor allem von CREUTZFELD vertretene Annahme der pathogenetischen Bedeutung eines Hydrocephalus ex vacuo gegenüber. Und die Reihe der ätiologischen Beziehung ist groß; sie reicht von degenerativen (Alterskorsakow), infektiös-toxischen (paralytischer Korsakow), infektiös-allergischen (HADDENBROCKs Deutung

¹ KÖBCKE, H.: Dtsch. med. Wschr. 1947, 515. — ² BÜRGER-PRINZ, H. u. M. KAILA: Z. Neur. 124, 553 (1930). — ³ Vgl. EWALD, G.: Handbuch der Geisteskrankheiten v. BUMKE, Erg.-Bd. I. Berlin 1939 (auch bezüglich des Folgenden).

seines Falles¹⁾, rein toxischen (z. B. STÖRRINGS Fall der Co-Vergiftung) bis zu traumatischen Ursachen (wie z. B. der angeführte Fall von EWALD), umfaßt also neben den degenerativen cerebralsklerotischen alle exogenen Hirnschädigungen im weitesten Sinne.

Wir möchten uns daher bei der kausalanalytischen Deutung unseres Falles zunächst vor allem an das halten, was wir sichtbar einigermaßen sicher greifen können, d. h. an den Hydrocephalus internus. Halten wir gegen diesen Befund die Tatsache, daß die Patientin eine schwere symptomatische Psychose durchgemacht hat, aus der sich der jetzige Zustand entwickelte, so ist unseres Erachtens die pathogenetische Deutung möglich, daß sich nach den Durchblutungsstörungen des akuten Stadiums ein Markschwund herausgebildet hat, der in der Erweiterung der Ventrikel sein sichtbares Korrelat findet. Dies stände im Einklang mit den Ansichten von SCHALTENBRAND und TÖNNIS über die Entstehung des Hydrocephalus ex vacuo²⁾, sowie den zu ziehenden Folgerungen aus arteriographischen Untersuchungen von RIECHERT³⁾. Wir würden uns also damit bei unserem Falle der pathogenetischen Hypothese von CREUTZFELD anzuschließen haben.

Ätiologisch muß man neben der durch eine solche Pathogenese (nach REICHARDT, PFEIFER, CREUTZFELD, SCHALTENBRAND und TÖNNIS, RIECHERT) nahegelegten traumatischen Entstehung⁴⁾ auch an eine toxische durch CO-Schädigung oder Anoxämie denken, wie es bei einer Bombenverschüttung ja leicht möglich ist. Genügende anamnestiche Hinweise haben wir weder für das eine noch für das andere. Falls der Anatom später entsprechende Hirnstammveränderungen nachweisen sollte, was nach den zu beobachtenden akinetischen und amyostatischen Symptomen sowie dem Erloschensein der trieblichen Rhythmik in der Lebensweise der Patientin möglich sein könnte, wenn diese Befunde nicht durch Veränderungen des Stirnhirns (bei denen von KLEIST⁵⁾ bekanntlich ähnliche Zustände beschrieben wurden) bedingt sein sollten, so würde die Entstehung durch toxische Ursache wahrscheinlicher werden, als es meines Erachtens nach dem bisher Greifbaren zu sein scheint, obwohl die für den traumatischen Hydrocephalus, der meist ein Hydrocephalus oclusus ist, von SCHALTENBRAND und TÖNNIS als charakteristisch beschriebenen intermittierenden akuten Hirndruckerscheinungen sowie die neuerdings von STUTTE und BROBEIL⁶⁾ hervorgehobene bessere Restitution des traumatischen Korsakow,

¹⁾ HADDENBROCK wird eine ausführliche Bearbeitung seines in den verschiedensten Richtungen hochinteressanten Falles in monographischer Form vorlegen.

²⁾ SCHALTENBRAND, G. u. W. TÖNNIS: Zbl. Neurochir. 1936, Nr 1, 42. —

³⁾ RIECHERT, T.: Nervenarzt 1947, 453. — ⁴⁾ PFEIFER, B.: Handbuch der Geisteskrankheiten v. BUMKE, Bd. VII. Berlin 1928. — ⁵⁾ KLEIST, K.: Gehirnpathologie. Leipzig 1934. — ⁶⁾ STUTTE, H. u. A. BROBEIL: Nervenarzt 1948, 21.

die ich auch in dem oben angeführten von mir selbst beobachteten Fall feststellen konnte, fehlen. Man muß unter diesen Umständen wohl traumatische und toxische Ursachen nebeneinander gelten lassen. Die pathogenetisch anzunehmenden Durchblutungsstörungen können ebenso durch traumatische wie durch toxische Einwirkungen entstehen. Die Tatsache des Hydrocephalus würde meines Erachtens besser zu traumatischer Verursachung passen, die Anamnese paßt aber besser zu toxischer Entstehung.

Träfe unsere kausalanalytische Deutung zu, so würde man — wenn man nicht überhaupt besser täte, solche Gedanken als vor einer genaueren Tatsachenkenntnis zu verfrüht abzulehnen — unseren Fall vielleicht doch als in mancher Beziehung zu einem Typus von traumatischem Hirnrindenkorsakow (d. h. mit *vorwiegender* Rindenschädigung) gehörig ansehen können. Dem Typ des traumatischen Hirnrindenkorsakows mit dem Schwergewicht der Veränderungen im Hirnrindengebiet könnte man gegenüberstellen den Typ eines infektiös-toxischen Hirnstammkorsakows (mit *vorwiegender* Stammschädigung), während der cerebralsklerotische Korsakow sich als Übergangsform zwischen Hirnrinden- und Hirnstamm-Typ (mit einem mehr gleichgewichtigen Verteiltsein der Schädigungen in Stamm und Rinde) auffassen ließe. Man muß sich dabei allerdings darüber klar sein, daß es sich bei diesem Gesichtspunkt nur um eine Möglichkeit handelt, für die nicht einmal Wahrscheinlichkeit in Anspruch genommen werden kann, ehe mehr Tatsächliches als bisher bekannt ist. Diese Deutung ist aber insoweit im Einklang mit der Literatur, als sich nach deren kritischer Durchsicht ergibt, daß man wohl sicher zwei Arten des Korsakow unterscheiden muß, je nachdem vorwiegend die Hirnrinde oder der Hirnstamm geschädigt ist¹. Man könnte also damit EWALDS „Sowohl als auch“ in gewisser Weise präzisieren, indem man die Unterschiede in der Wertigkeit der Komponenten zu verfolgen und die Beziehungen zwischen ihnen festzulegen sucht. — Doch sollte man von allen vorzeitigen Verallgemeinerungen lieber Abstand nehmen und besser zunächst noch bei einer vorsichtigen kausalanalytischen Deutung der Einzelfälle bleiben.

Bevor wir über die Beziehungen und Wertigkeiten der Komponenten nicht mehr wissen als bisher, dürfte es daher wohl nicht richtig sein, eine terminologische Differenzierung zwischen „amnestischem Symptomenkomplex“ als Bezeichnung für den Hirnrindentyp und „Korsakow-Syndrom“ als Bezeichnung für den Hirnstammtyp vorzunehmen. Denn dadurch wird ein Scheinwissen vorgetäuscht, welches wir noch nicht haben. Dem Stand unserer Erkenntnis entspricht es besser, wenn wir wie bisher die Termini „Korsakow-Syndrom“ und „amnestischer Symptomenkomplex“ als Synonyma gebrauchen. Das ist besonders auch für die Psychopathologie wichtig, wo viel engere Beziehungen zwischen Begriff und Phänomen bestehen als in der Somatopathologie, und wo durch falsche oder vorzeitig festgelegte Begriffe Irrwege der Forschung noch viel leichter entstehen als anderswo.

¹ Dies belegt im einzelnen an Hand der Literatur eine Dissertation von H. MUND: Über die Beziehungen und die Wertigkeit von Hirnstamm und Hirnrinde beim amnestischen Symptomenkomplex. — Vgl. auch EWALD im Erg.-Bd. des BUMKESchen Handbuchs.

4. Psychopathologische Erklärung.

Damit kommen wir zur psychopathologischen Erklärung des Falles. Hierzu ist zunächst zu bemerken, daß die Korsakow-Syndrome früher psychopathologisch so erklärt wurden, daß durch eine Merkschwäche entstehende Gedächtnislücken durch, je nach der psychischen Aktivität, mehr oder weniger erhebliche Konfabulationen ausgefüllt werden. Die genauere psychopathologische Durchuntersuchung der einschlägigen Fälle hat jedoch gezeigt, daß diese Erklärung des Korsakow-Syndroms unzureichend ist. So wurde von BÜRGER-PRINZ und KAILA eine Persönlichkeitsstörung¹, von VAN DER HORST² eine Zeitsinnstörung in den Vordergrund gerückt, und damit die führende Rolle der Merkfähigkeitsstörung erschüttert.

Das „Persönlichkeitslose“ (BÜRGER-PRINZ und KAILA) zeigt unser Fall sehr eindringlich. Er zeigt aber ebenso eindringlich, daß in dieser „Persönlichkeitslosigkeit“ sowohl eine Störung des noetischen Bereiches steckt: die Einstellstörung und Zeitsinnstörung und die Unfähigkeit einer Abhebung von Ich und Umwelt — eine Unfähigkeit zum Objizieren könnte man, einen Terminus von NICOLAI HARTMANN aufgreifend³, sagen —, daß aber neben dieser noetischen Störung auch eine Störung des emotionalen Bereiches: das Erloschensein der affektiven Dynamik, die gemüthliche Leere und der Mangel an Affizierbarkeit zu beobachten sind, und daß drittens neben diesen beiden Grundstörungen noch das Aufgehobensein des persönlichen Gedächtnisses in der Persönlichkeitsveränderung steckt. Eine Zurückführbarkeit einer dieser Störungen auf eine der anderen ist dabei unseres Erachtens nicht möglich. Die Primitivisierung der Persönlichkeit durch die noetische Entdifferenzierung kann nicht die völlige Aspontaneität erklären, und ebenso erklärt die Aspontaneität nicht die noetischen Ausfälle und die „Persönlichkeitslosigkeit“⁴. Es wäre allenfalls möglich, die Aufhebung des persönlichen Gedächtnisses als eine Interferenzerscheinung aus den beiden anderen Grundstörungen zu erklären. Ungezwungener scheint es mir aber, wenn man in ihr eine dritte Grundstörung anerkennt.

Wir haben also als Grundlage für die Psychopathologie unseres Falles festzustellen, daß sich drei psychologische Hauptpunkte hervorheben: Als erster die ideatorische Apraxie mit Einstell- und Zeitsinnstörung als noetische Leistungsstörung, als zweiter die Aspontaneität

¹ BÜRGER-PRINZ, H. u. M. KAILA: Z. Neur. 124, 553 (1930). — ² VAN DER HORST, L.: Mschr. Psychiatr. 83 (1932); war mir leider nur im Referat Zbl. Neur. 65 zugänglich. — ³ Nach NIC. HARTMANN'S Göttinger Vorlesung über Erkenntnistheorie vom S.-S. 1946.

⁴ Auf diesen Punkt kommen wir bei der Auseinandersetzung mit der Auffassung der Apersonalität von BÜRGER-PRINZ und KAILA im 5. Abschnitt zurück.

und emotionale Leere und als dritter der Mangel an persönlichem Gedächtnis (Erinnerungsvermögen). Und keine dieser drei Grundstörungen ist, wie schon gesagt, auf eine der anderen zurückzuführen oder aus ihr herzuleiten (obwohl, wie die Strukturanalyse zeigen wird, Beziehungen zwischen ihnen bestehen).

Nuri hat aber schon ARISTOTELES darauf hingewiesen, daß die Wahrscheinlichkeit der Richtigkeit eines Befundes größer ist, wenn man ihn unter einem einheitlichen Gesichtspunkt sehen kann¹. Versuchen wir daher, die Symptomatik des Falles auf solch einen einheitlichen Gesichtspunkt zu reduzieren, so stehen wir bei der Selbständigkeit der drei Grundfaktoren vor der Aufgabe, zu fragen, ob diese als Elemente in einen Strukturzusammenhang einzuordnen sind. Und dies ist möglich.

Wir können die Eigenart des Falles nämlich als Mangel des individuellen Abgehobenseins von Persönlichkeit und Umwelt einheitlich erfassen. Dieser Mangel äußert sich sowohl in der Einstellstörung, die ein eigenes Auffassungsvermögen nicht zustande kommen läßt und aus der, wenn überhaupt eine Reizaufnahme erfolgt, ein distanz- und kritikloses Hingebensein an die Reizkonstellationen resultiert. Sie zeigt sich in der Unfähigkeit zu intentionaler Haltung überhaupt und damit in der ideatorischen Apraxie und Aphasie und den damit verbundenen gnostischen Störungen. Sie äußert sich ebenso in dem Mangel des persönlichen Gedächtnisses, und endlich auch in der völligen emotionalen Leere, die dem Falle etwas gemütlich Uneigenes, das sog. „Persönlichkeitslose“ gibt. Aus ihr läßt sich schließlich auch die jetzige Lebensform der Pat., welche, wenn man so sagen darf, ganz und gar von ihrem Milieu, der Krankenabteilung, in rein äußerlicher Weise gehalten wird, verstehen. — Es darf jedoch bei alledem unter „Persönlichkeitslosigkeit“ keine völlige Aufhebung der individuellen Eigenart verstanden werden. Irgendwie erkennt man auch jetzt noch die stille, bescheidene und sichbescheidende prämorbidie Persönlichkeit in der Patientin wieder. Es fehlt ihr nur an individueller Ausprägung, an der Profilierung, an der Fülle und dem Gehalt, der ihr vorher eigen war. Nur eine Entdifferenzierung, eine innerliche Verarmung der persönlichen Eigenart, aber nicht deren völlige Aufhebung kann das Persönlichkeitslose dieser Kranken für uns bedeuten. Auch wenn dieser Befund Zufall sein sollte, wäre er für uns in unserem Falle recht bemerkenswert. Er steht jedoch mit der bekannten Formung des Korsakow durch die Persönlichkeit auf jeden Fall in Einklang.

Alle drei Grundstörungen sind damit also als Teile einer ganzheitlichen Strukturveränderung aufzufassen, die selbst, obwohl sie von

¹ Vgl. dazu MAINZER, F.: Über die logischen Prinzipien der ärztlichen Diagnose, Abhandlungen zur theoretischen Biologie, H. 21. Berlin 1925.

den Teilen wesentlich mit abhängig ist, doch noch etwas anderes und nicht aus den Teilen erklärbares ist.

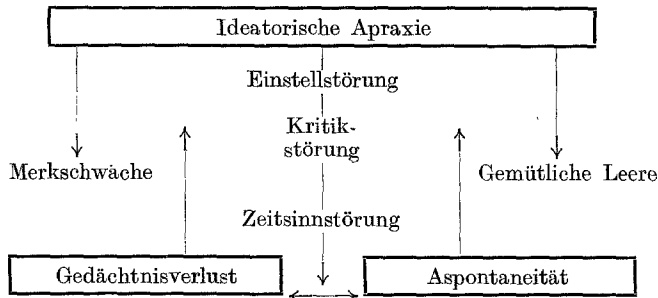
Die Erforschung dieser ganzheitlichen Persönlichkeitsveränderung ist das Ziel der Psychopathologie, d. h. die Herausarbeitung der psychologischen Grundstörungen, die als Strukturelemente aufzufassen sind, und die Bestimmung ihrer Beziehungen und gegenseitigen Wertigkeiten unter sich und in Beziehung zu dem Ganzen des Strukturzusammenhangs. Es ist hier darauf hinzuweisen, daß dieser Strukturzusammenhang ebenso wie die Persönlichkeit, die ihm entspricht, unmöglich „lokalisierbar“ sein kann, was immer wieder in verkehrtem Lokalisationseifer von Hirnpathologen sowie von Schichttheoretikern nicht beachtet worden ist und wird. Lokalisieren lassen sich nur die Strukturelemente, nur die Teile, nie das Ganze, der Strukturzusammenhang. Die Zuordnung der Teilerscheinungen, dessen, was wir psychopathologisch Strukturelemente zu nennen haben, zu somatischen Korrelaten, d. h. das Lokalisationsproblem, ist natürlich auch für die Psychopathologie interessant. Die Untersuchung dieser psychophysischen Korrelationen ist aber nicht eigentlich Sache der psychopathologischen Forschung, sondern fällt in dem wesentlichen hier interessierenden Teil der Hirnpathologie zu.

Wir sahen nun ja schon, daß von seiten der Hirnpathologie zur Lokalisation des Korsakow-Syndroms noch kaum etwas Greifbares vorliegt. Das liegt aber zum guten Teil daran, daß die *Psychopathologie* in der Abgrenzung und Analyse der Syndrome noch nicht weit genug fortgeschritten ist. Bevor nicht eine befriedigende Heraussonderung der psychopathologischen Grundfaktoren durch eine Abgrenzung geschlossener systemartiger Strukturzusammenhänge und Feststellung der sie aufbauenden Strukturelemente gelungen ist, kann die Hirnpathologie ja im Grunde gar nicht mit der für psychopathologisch brauchbare Ergebnisse notwendigen klaren Fragestellung an das Lokalisationsproblem herangehen, sondern muß sich mit der Aufstellung rein äußerlicher Korrelationen begnügen, die oft zu recht fragwürdigen Analogien führen.

5. Versuch einer Strukturanalyse.

Wir haben also als Psychopathologen die Aufgabe, einen Strukturplan unseres Falles vorzulegen, d. h. zu versuchen, ob es nicht gelingt, festzulegen, in welcher Weise die gefundenen psychopathologischen Grundfaktoren, die Strukturelemente, zu einander in Beziehung stehen und die Wertigkeiten der Grundfaktoren untereinander und in Beziehung auf das Ganze des Strukturzusammenhangs zu bestimmen.

Es scheint mir nun, daß dies bei unserem relativ übersichtlich gelagerten Fall bis zu einem gewissen Grade möglich ist, und daß dieser Strukturplan in schematischer, grundrißartiger Vereinfachung wiedergegeben, etwa folgendermaßen aussehen muß:



Das heißt: Den führenden Wert muß man in unserem Falle wohl der ideatorischen Apraxie zusprechen, also dem Verlust der Fähigkeit zum Beziehungsetzen zwischen verschiedenen Vorstellungen. Aus ihr läßt sich ohne weiteres die sog. Einstellstörung wie auch eine Störung der Kritik verstehen; denn das Sich-auf-etwas-einstellen ist ja ebenso wie das Sich-gegenüberstellen und Sich-distanzieren eine psychische Tätigkeit, bei der in einer ganz bestimmten Weise ein Sich-in-Beziehung-setzen zu dem Distanzierten, auf das man als auf ein Anderes bezogen ist, erfolgt. Aus dem Unvermögen zur Beziehungsetzung erklärt sich ferner eine erhebliche Beeinträchtigung des Merkvermögens, soweit dies nämlich (und es ist das ja zu einem großen Teil der Fall) auf einem Inbeziehungsetzen verschiedener Vorstellungen zu einander beruht. Und weiterhin läßt sich auch das Zustandekommen der Zeitsinnstörung aus dem Unvermögen zur Beziehungsetzung zu einem wesentlichen Teil verständlich machen; denn eine richtige Beurteilung der Zeitlängen ist der Pat. ebenso wie eine richtige Zeitorientierung deshalb nicht möglich, weil erstens die dazu nötige Beziehungsetzung zwischen verschiedenen Zeitstellen in der sog. objektiven, gegenständlichen Zeit nicht gelingt, zweitens aber auch, weil die für eine richtige Zeitorientierung außerdem notwendige sekundäre Beziehung zum Erlebniskontinuum, d. h. also wieder zu sich selbst (wenn man will: zum „Ich“) zurück, nicht gebildet werden kann.

Betrachtet man diesen letzten Punkt etwas genauer, so zeigt sich, daß der Patientin trotz des Vorhandenseins einer das „Urbewußtsein“ charakterisierenden „Retention“ (HUSSERL¹), — d. h. einem unaufgefaßten Nachklingen einer Erlebnisphase in die unmittelbar folgende

¹ HUSSERL: E.: Vorlesungen zur Phänomenologie des inneren Zeitbewußtseins, herausgeg. von M. HEIDEGGER. Halle 1928.

Erlebnisphase hinein, die eine Auffassung von erlebnismäßigen Gegebenheiten, also die Wahrnehmungsfähigkeit, wie sie auch unserer Patientin zukommt, überhaupt erst möglich macht¹, — daß der Patientin trotz der kontinuierlichen Dauer eines gegenständlich gerichteten Erlebens ein reflektives Bewußtsein dieses ihres Erlebens nicht möglich sein kann. Zu dieser reflektiven Beziehung auf das eigene Erleben ist nämlich neben der mit dem einfachen Bewußtsein mitgegebenen „Retention“ noch eine aktive Einstellung notwendig, welche über das einfache retentionale Zeiterleben hinaus ein eigenes, selbsttätiges Sich-beziehen auf die Vergangenheit erfordert.

Damit ist nicht gesagt, daß der Patientin bei Fehlen dieses letzteren ein gewisses Innwerden der Zeitlichkeit nicht möglich sein könnte. Durch die Retention allein kann nämlich auch schon jene Seite des Bewußtseinsflusses erscheinen, „welche als präphänomenale, präimmanente Zeitlichkeit sich intentional als Form des zeitkonstituierenden Bewußtseins in diesem selbst konstituiert“ (HUSSERL). Allein schon durch die *Gegenstände* der „immanenten“ objektiven Zeit, einer „echten Zeit“, in der es (man denke an HUSSERLS Beispiel des tönenden Tones) „Dauer und Veränderung“ von Dauerndem gibt, erfolgt die „Selbsterscheinung des Flusses“ des zeitkonstituierenden Bewußtseins, also die gewissermaßen überreale Kontinuität der vergangenen und gegenwärtigen mit den zukünftigen „Jetzt“-Punkten. Die Frage nach Zeitschätzungen kann daher von der Patientin auch sinngemäß verstanden werden, wenn sie sie auffaßt. Die Bedingung für die Möglichkeit eines eigentlichen Zeitbewußtseins besteht ja darin, daß eine „quasizeitliche Einordnung“ der verschiedenen Phasen des Bewußtseinsflusses stattfindet: Obwohl dieser Fluß eigentlich nur in der Phase der Aktualität (also im wirklichen „Jetzt“-Punkt) richtig *da* ist, müssen seine verschiedenen Phasen doch immer in dieser aktuellen Phase noch irgendwie *mit da* sein, so daß dadurch „der Fluß selbst notwendig im Fließen erfaßbar sein muß“; und sie sind auch immer da, wenn überhaupt von einem Bewußtsein gesprochen werden kann. Diese Bedingung ist auch bei unserer Patientin gegeben. Die für eine Wahrnehmung der im „Jetzt“-Punkt erscheinenden vergangenen Phasen des Bewußtseinsflusses notwendige retentionale Abgehobenheit und ebenso eine dadurch bedingte „Protention“ zu einem einfachen, gewissermaßen von selbst gehenden, unausgesprochenen Handlungsvollzug, also die zur Ausführung einfacher Akte notwendige Vorbedingung, wird man der Patientin nicht absprechen können. Das einfache Auffassen von Erlebnisgegenständen, das ohne *diese* Art der Abgehobenheit von Erlebnisgegenstand und Erlebendem

¹ HUSSERL zeigt dies am Beispiel eines Tones, dessen Tönen wir nur durch die Retention erleben können.

nicht zustande kommen könnte, ist ihr ja möglich. Hierin liegt aber noch keine eigentliche Beziehungsbildung.

Diese eigentliche Beziehungsbildung tritt vielmehr erst auf, wenn aus der Retention „ein Zurückblicken, das die abgelaufene Phase zum Objekt macht“, wird. Und dazu bedarf es eines neuen Aktes, der sich auf den vorangegangenen bezieht, d. h. einer Reflexion, einer Wiedererinnerung, einer Vergegenwärtigung dessen, was durch die Retention im Momentanbewußtsein ungegenständlich gegenwärtig ist. Bei dem Inhalt dieser Reflexion handelt es sich also im Unterschied von anderen Bewußtseinsinhalten nicht um ein solches Erlebnis, bei dem die einfache Aufnahme des Gegenstandes ohne weitere Beziehungserfassung möglich wäre. Schon die rein passive Auffassung allein kann hier vielmehr nur dann wirklich erfolgen, wenn im Gegenstand die „doppelte Intentionalität der Retention“, d. h. aber *zwei* „wie zwei Seiten einer und derselben Sache einander fordernde Intentionalitäten“ in ihrem unlösbaren Aufeinander-Bezogenheit aufgefaßt werden können; d. h. also, daß bei der rückblickenden Vergegenwärtigung durch den reproduktiven Akt eine integrative Beziehungsleistung bereits für die einfache Aufnahme des Gegenstandes als solchen verlangt wird, damit dieser überhaupt zum Bewußtsein kommt.

Drüber hinaus aber ist die reflektive Wendung selbst schon ein von der gewöhnlichen Erlebnisrichtung sich durch *aktive* Rückbeziehung unterscheidender Vorgang. Diese (aktive) Erfüllung der (passiven) Retention, welche das eigentliche Bewußtsein eines Daseins und Selbstseins ausmacht und damit die Grundlage eines eigentlichen Zeiterlebens bildet, ist aber der Patientin auch wegen ihres *Spontanitätsverlustes* nicht möglich. Das Sich-halten-können in der reflektiven Spannung ist ihr also *sowohl* wegen des Verlustes des Beziehungsvermögens wie auch wegen des Verlustes der Spontanität nicht möglich.

HEIDEGGER¹ hat diese zweite, spontane Seite der Zeitlichkeit noch weiter beschrieben. Das „Seiende, das den Titel Da-sein trägt“, ist nach ihm die „Einheit des Außer-sich“. „In den Entrückungen von Zukunft, Gewesenheit und Gegenwart ist die Bedingung der Möglichkeit dafür, daß ein Seiendes sein kann, das als sein ‚Da‘ existiert“. Zeitlichkeit ist ein ekstatischer Zustand, ist „vorlaufende Entschlossenheit“. „Zeitlichkeit ist das ursprüngliche ‚Außer-sich‘ an und für sich selbst.“ Die Einheit der Ekstasen der Zeitlichkeit, welche sich in den Phänomenen Zukunft und Gewesenheit ebenso wie in dem *eigentlichen* Phänomen der Gegenwart „zeitigt“, ist nicht etwas *vor* diesen Ekstasen Seiendes, sondern ist die „ursprüngliche Zeit“; d. h. also,

¹ HEIDEGGER, M.: Sein und Zeit, 5. Aufl. Halle 1941.

das Sein dieser Zeit liegt nicht außerhalb, sondern in der Zeit selbst, obwohl es einen ek-statischen Charakter hat. Es kommt nun aber dabei auf das „eigentliche“ Sein an, das durch diesen ekstatischen Charakter gekennzeichnet ist. Die Inhalte der Welt und Umwelt, das Vorhandene und Zuhandene, werden nur dann wirklich ursprünglich und eigentlich erlebt, wenn in der Gegenwart „eigentliche Zukunft“, d. h. ekstatische Zukunft und nicht nur einfache Protention enthalten ist. Das heißt weiter: eine eigentliche Gegenwart, die das existenzielle Erlebnis des „Augenblicks“ bedeutet, gibt es nur, wenn nicht durch ein „Verfallensein an das Innerweltliche“ eine uneigentliche Zukunft sozusagen von selbst gegenwärtig ist, wie sie gegenüber dem „Augenblick“ im gegenwärtigen „Jetzt“ als „dem Sein beim Besorgten“ enthalten ist: als ein Sich-vergessen, ein „verirrtes Gegenwärtigsein des Nächstbesten“, ein bloßes Eingestelltsein auf den einfachen Erfolg oder Mißerfolg als Ausgang des „Besorgens“, also als eine ebenso wie die retentionale im Momentanbewußtsein enthaltene protentionale Phase. Gerade wegen seines Nicht-herauskommens aus dem Jetzt-Horizont ist diesem uneigentlichen Zukunftsbewußtsein das Erlebnis des „Augenblicks“, in dem sich eigentliche Zukunft in eigentlicher Gegenwart zeigt, nicht möglich.

Und so ist es auch im Falle unserer Patientin. Und zwar nicht nur deshalb, weil ihr wegen ihres Unvermögens zum Beziehungsetzen der nötige Halt für die gegenständliche Erfüllung eines solchen Erlebens fehlt. Auch in der unerfüllten Form des „Nichts“ und damit in der Situation der „Angst“ kann sie dieses Erlebnis nicht haben, denn es kann ihr aus Mangel an emotionalem Schwingungsvermögen überhaupt gar nicht gelingen, in die Situation dieses Spannungszustandes zwischen Ich und Nichts hineinzukommen.

So zeigt sich schon aus der Analyse der rein noetischen Zeitsinnstörung ein Hinweis auf den emotionalen Faktor. Es zeigt sich, daß „das unzugängliche Geheimnis des Anders-seins“, das, „was die Welt als In-sich-umgreifend-Sein selber ist“ (JASPERS¹), nicht nur aus Mangel an Beziehungsvermögen, sondern auch wegen ihrer Aspontaneität und Antriebslosigkeit sich der Patientin in keiner seiner Formen offenbaren kann.

Trotzdem ist aber die Armut des gemütlichen Lebens der Kranken doch wieder auch weitgehend verständlich durch den Mangel an inhaltlicher Fülle, der ja darin besteht, daß von ihr kein Gehalt durch sinnvolle Beziehungsverbindungen zwischen Einzelnem gebildet und selbstständig erfaßt werden kann. Der Patientin geht die Fähigkeit zur einfachen Aufnahme von Gehalten ab, denn Gehalterfassung ist ohne

¹ JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie, 4. Aufl. Berlin u. Heidelberg 1946. 6. Teil: Das Ganze des Menschseins.

Beziehungserfassung nicht möglich. Ihre Gefühlsarmut und somit die Farbleere des emotionalen Erlebens wird dadurch zwanglos verständlich. Wenn wir unter Gefühlen gegenständlich gerichtetes (bezogenes), gestalthaftes emotionales Erleben verstehen, so können wir das emotionale Erleben der Patientin kaum gefühlsmäßig nennen; es ist vielmehr zuständlich, vorgestaltlich, ganzheitlich, ist stimmungsmäßig, nicht gefühlsmäßig¹; es ist verschwommen, diffus, struktur- und gestaltlos, von allgemeiner Weite und Leere. Äußerungen wie z. B. die folgenden zeigen dies: „Etwas Schmerz muß man (!) aushalten können“, antwortet sie auf Nadelstiche in die Nasenschleimhaut. Auf die Frage nach dem Ergehen: „Ach, es geht manchmal ganz gut und manchmal geht es nicht gut“ (?) „Ich denke mal an dies und an das noch“ (?) „Ob's mir so gut geht oder so gut geht“ (?) „Ich meine, daß vielleicht alles mal gut geht“.

Weder die Zeitsinnstörung noch die gemütliche Leere sind also, wie wir gesehen haben, in ihrer Art allein durch die von der ideatorischen Apraxie ausgehenden Einflüsse bestimmt. Es repräsentiert sich vielmehr in der Zeitsinnstörung durch den Verlust der eigentlichen Zukunft die Aspontaneität und durch den Verlust der Vergangenheit der Verlust des persönlichen Gedächtnisses. Der Gedächtnisverlust zeigt sich weiter in der Merkschwäche durch Fehlen von Vorstellungen zum Anhalt für bewußtes Merken, und in der Emotionalität durch den Mangel an Möglichkeiten, die zu einer Richtungsgebung der Spontaneität durch rückwärtige Orientierung an der Vergangenheit verhelfen könnten. Die Aspontaneität selbst aber ist in dem Fehlen jeder trieblichen Dynamik und jeden Antriebs, auch abgesehen von dem gänzlichen Aufgehobensein eines eigenen Willens bei der Pat., in der Art ihrer Emotionalität sehr deutlich auf den ersten Blick zu erkennen und wirkt sich natürlich auch in der Merkstörung ebenso aus wie in dem ganzen Erleben der Kranken.

Wir sahen, wie sich die Beziehungen zwischen den einzelnen Elementarstörungen, die wir mit dem oben gegebenen Strukturplan grundrißhaft zu verdeutlichen suchten, in ihrer Wechselseitigkeit gestalten und die psychische Symptomatik des Falles bestimmen. — Nun ist aber noch danach zu fragen, wie wohl das Erleben und Denken der Kranken als Ganzes beschaffen ist: was sie kann, trotz und mit

¹ Wir folgen in der Unterscheidung von Gefühl und Stimmung BOLLNOW, welcher definiert: „Gefühle im eigentlichen Sinn sind stets auf einen bestimmten Gegenstand bezogen.“ „Die Stimmungen dagegen haben keinen bestimmten Gegenstand. Sie sind Zuständlichkeiten, Färbungen des gesamt menschlichen Daseins.“ So ist z. B. Furcht vor etwas ein Gefühl, das sich auf etwas Bestimmtes bezieht. Angst, als Stimmung, hingegen bleibt gegenständlich völlig unbestimmt. Ebenso ist es mit dem Gefühl: Freude und der Stimmung: Glück. — BOLLNOW, O. F.: Das Wesen der Stimmungen. Frankfurt a. M. 1941.

ihren schweren psychischen Störungen. Zum Teil sind wir ja im Vorangehenden schon darauf eingegangen. Wir wiesen schon darauf hin, daß das Vermögen, einzelne Vorstellungen zu bilden und einfache Auffassungsakte zu vollziehen, erhalten geblieben ist. Wie aber mag nun die *Art* ihres Vorstellens, die Art ihrer Anschauungen, die Art ihrer Begriffe zu denken sein?

Wir sehen von diesem Gesichtspunkt aus, daß ihre Begriffe so weit und allgemein sind, daß eine konkrete Beziehungssetzung nicht damit möglich ist. So zeigt sich z. B., daß das Wort „Griffel“ bei ihr angesichts einer Menge vorgelegter Gegenstände einen Bereich umfaßt, wie etwa bei uns der Begriff „Gegenstand“. Gegenüber den RORSCHACH-Tafeln mit den zu deutenden Klecksfiguren war es ähnlich mit dem Begriff „Blume“. Ein auf den Tafeln immer wiederkehrender Stempel wurde dabei jedoch stets als solcher wiedererkannt und von der Klecksfigur unterschieden, ebenso wie die Tafel selbst und die auf ihr zu deutende Figur. Ihr Begriffs- und Vorstellungsvermögen selbst ist also nicht soweit beeinträchtigt, daß ihr eine gewisse adäquate Gegenstandserfassung damit nicht mehr möglich wäre. Gestört ist nur die Beziehungsbildung im Begriffsgebilde selbst und zwischen den Begriffen. Ihr begriffliches Wiedererkennen ist nur durch die Verschwommenheit, durch die Leere ihrer Begriffe, durch den Mangel an Beziehungen im Begriff und durch den dadurch verständlichen Mangel an Gehalt, Anschaulichkeit und Klarheit beeinträchtigt. Wenn man eins zum anderen nicht mehr in Beziehung setzen kann, dann hebt sich das Eine auch nicht mehr richtig von dem Anderen ab¹.

Da nun aber dafür, um etwas als Eines zu erfassen, seine Abhebung und Inbeziehungsetzung zu etwas anderem notwendige Voraussetzung ist, so können wir sagen: Eine Einheitserfassung, die auf einer Integration, einer systematischen Zusammenfassung von unterschiedlichen Gegebenheiten beruht, kann der Patientin nicht mehr möglich sein. Wohl aber könnte ihr trotzdem noch eine Ganzheitsauffassung möglich sein, denn diese setzt nicht die Erfassung eines Anderen voraus, um zustande kommen zu können². Bei der Ganzheitsauffassung folgt ja nicht, wie bei der Einheitsauffassung die Gegebenheit aus der Beziehung, sondern es ist vielmehr so, daß die Gegebenheit *vor* der Beziehung da ist und daß aus ihr gewisse Beziehungen sich ergeben, die nicht als solche erfaßt zu werden brauchen, und die man nun auch bei der Patientin nachweisen kann. So sind ja z. B. ihre Vorstellungen solche ganzheitlichen Erlebniskomplexe, in denen selbst noch gewisse Beziehungen

¹ Dieser Mangel an konkretem Gehalt der Begriffe scheint übrigens auch für die Perseveration der Korsakow-Kranken bedeutungsvoll zu sein.

² Über Einheits- und Ganzheitsauffassung vgl. Näheres in meiner demnächst im Springer-Verlag erscheinenden Monographie: *Das psychisch Abnorme*, § 39,4.

stecken, und mit denen die Patientin daher auch noch durchaus ein gewisses Denkvermögen zustande bringt, wie es sich in den diffusen Beziehungsverbindungen von Figur und Hintergrund, Ganzem und Teil zeigt, und wie wir es in der uneigentlichen (retentionalen) Vergangenheits- und (protentionalen) Zukunfts-Beziehung beschrieben haben. Dadurch sind ihr sogar noch gewisse Sinnauffassungen möglich, die bei dem so schwer geschädigten noetischen Leistungsvermögen unter Umständen in Erstaunen versetzen können, wenn man nicht weiß, daß das sog. „ganzheitliche“ Erfassen eine Leistung ist, die nur sehr wenig mit einer ausgesprochen persönlichen, im eigentlichen Sinne selbsttätigen, kritischen noetischen Einstellung zu tun hat, und wenn man nicht berücksichtigt, daß nicht jeder Inhalt des Bewußtseins nur durch einen darauf gerichteten Auffassungsakt zum Bewußtsein kommt (HUSSERL).

Einen Anhaltspunkt dafür, daß ein solches „ganzheitliches“ Erleben der Patientin nicht mehr möglich wäre, haben wir also nicht. Es spricht vielmehr, wie gesagt, vieles dafür, daß sie „ganzheitlich“ erleben kann. Daß sie jedoch zur Gestaltauffassung imstande wäre, muß man verneinen, wenn man unter Gestalten solche ganzheitlichen Gebilde versteht, in denen eine Struktur erfaßt wird, in denen sich also Einzelheiten in einem Beziehungsgefüge abheben. Das Beziehungsgefüge in dem Ganzen zu erkennen, welches das Ganze zur Gestalt macht, dazu dürfte die Patientin, worauf ja auch schon hingewiesen wurde, sicher nicht imstande sein, obwohl ihr das undifferenzierte Ganze ohne dies Gefüge gegeben ist. Ähnlich wie die Korsakow-Kranken von BÜRGER-PRINZ und KAILA z. B. Stäbchenfiguren nur dann richtig legen konnten, wenn dazu möglichst wenig Stäbchen ausreichten, wenn also nur der Ganzheitseindruck dazu genügt, und wenn nicht eine eigentliche Struktur- oder Gestalterfassung zur Lösung der Aufgabe noch herangezogen werden muß¹, so würde es wohl auch bei unserer Kranken sein, wenn sie bei weniger starker Antriebstörung überhaupt dazu imstande wäre, an solch eine Aufgabe heranzugehen.

Auch ins Emotionale hinein läßt sich diese Erlebnisweise verfolgen. Wir haben schon hingewiesen auf den Unterschied zwischen ganzheitlichem zuständlichem Gestimmtsein und gestaltlichem gegenständlichem gefühlsmäßigem Erleben. Die Stabilität ihrer Stimmung wird aber wohl im wesentlichen dadurch mitbedingt sein, daß der Patientin die Bildung und Erfassung von Gegensätzlichem durch den

¹ BÜRGER-PRINZ u. KAILA stellten fest, daß den Kranken bei Aufgaben, die mit einem einmaligen Sichrichten auf den Gegenstand zu bewältigen sind, die Lösung gelingt. Einer ihrer Patienten äußerte sich dazu: „Wenn ich etwas auf einmal bringe, dann kann ich es und kann es auch behalten. Aber wenn das nicht geht, dann geht alles durcheinander.“

Verlust des Beziehungsvermögens nicht mehr möglich ist. Gemütliche Zu- und Abwendung beruht doch zum großen Teil auf der Erfassung von Gegensätzen. In der gestaltlosen Ganzheit ihres Erlebens gehen aber alle Gegensätze verloren, wenn auch damit noch nicht alle Unterschiede des Erlebens aufgehoben sind. So heben sich auch Noetisches und Emotionales viel weniger kontrastiert voneinander ab, als das im gesunden Erleben der Fall ist, wo sie leicht in gegensätzliche Beziehung geraten können. Ich und Welt treten nicht deutlich auseinander, obwohl sie „ganzheitlich“ da sind. Alles ist in der unbeweglichen gemütlichen Leere und Flachheit, in der begrifflichen Unschärfe und diffusen, undifferenzierten Anschaulichkeit ineinander da, kann aber nicht hervortreten, so daß ein Bewußtseinszustand resultiert, den man als „persönlichkeitslos“ oder „ich“-los bezeichnen kann, wenn man damit ein weitgehendes Aufgehobensein des Selbst-Bewußtseins, des Persönlichkeitsbewußtseins, meint, durch dessen Aufhebung zwar ein Verlust der individuellen Differenziertheit und Ausprägung, ein Verlust der Tiefendimension des gemütlichen Erlebens, eine allgemeine Indifferenz, nicht aber das Erlöschen jeder persönlichen, individuellen Eigenart, also der Kontinuität der Person selbst, erfolgt.

Es ist hier noch einzugehen auf den Persönlichkeitsbegriff. BÜRGER-PRINZ und KAILA deuten die Aufhebung des Persönlichkeitsgefüges, die sich in der „Apersonalität“ der von ihnen untersuchten Korsakow-Kranken äußert, als eine Störung der Trieb- und Affektschicht. Sie sagen: „Als allgemeinsten Hintergrund (des Korsakow-Syndroms) ergibt sich das Persönlichkeitslose der Patienten, die Passivität und Lahmlegung der vitalen Schicht. Hinzu treten für alle Gebiete wirksam: Veränderungen im zeitlichen Ablauf, Verkleinerung der Quantität, Entdifferenzierung, Erschwerung des Gestaltaufbaus“ usw. Aus dem Brachliegen der vitalen Persönlichkeitsschicht wollen sie auch eine Veränderung der „Vitalzeit“, die sie als unmittelbares Zeitgefühl, als „gelebte Zeit“ bezeichnen, ableiten. Es fragt sich nach unseren Untersuchungen, die doch einen Patienten betreffen, welcher eine Persönlichkeitsstörung aufweist, die wohl den höchsten Grad dessen erreicht, was überhaupt noch in diesem Sinne in den Rahmen des Korsakow-Syndroms paßt — es fragt sich nach unseren Befunden, ob diese Deutung der Persönlichkeitslosigkeit (als Ausdruck einer Vitalschichtstörung) von BÜRGER-PRINZ und KAILA aufrechtzuerhalten ist.

Aus unseren Analysen ergibt sich ja gerade, daß die „Vitalzeit“ und die ursprüngliche Individualität, die ganzheitliche Kontinuität des Erlebens bei der Patientin erhalten ist, obwohl eine schwere Persönlichkeitslosigkeit vorliegt und Aufhebung des „Zeitgefühls“ und all

das, was auch BÜRGER-PRINZ und KAILA phänomenologisch als Apersonalität so subtil und vielseitig beschrieben haben, bei ihr zu finden ist. Betrachten wir daher die von BÜRGER-PRINZ und KAILA mitgeteilten Befunde genauer unter dem Gesichtspunkt, ob sie gegen unsere Analysen sprechen. Da unsere Analysen vor allem an Hand der Zeitsinnstörung vorgenommen wurden, stellen wir ihnen gegenüber, was BÜRGER-PRINZ und KAILA in dieser Beziehung bringen.

Es heißt bei ihnen: Bei der Zeit ist „alles unklar, umgestaltet“; „ein Aufbau ist nicht möglich, da keinerlei Fixpunkte gegeben sind“. Es werden dazu folgende Äußerungen eines Patienten angeführt: „Wenn ich an mein Leben zurückdenke, wie lange es ist, dann kommt mir alles gar nicht lang vor. Aber ich denke doch dabei, daß es viel länger gewesen sein muß.“ — „Es ist so, wie wenn gar nichts wäre. Es kommt mir so vor, als hätte ich viel weniger gelebt. In Gedanken komme ich mir wie ein Junge vor, aber dem Gefühl nach nicht.“ — Das eben Vergangene aber kommt ihm gedehnt vor: „In einem Teil kommen mir die Tage hier viel länger vor, in einem anderen Teil aber nicht. Die Tage werden lang hier. Dann meint man, es wären schon mehr, wenn nur ein paar vergangen sind.“ — In der Restitution, bei beginnender Wiederherstellung des Persönlichkeitsgefüges, äußerte der Patient: „Zuerst habe ich gar nichts von mir gewußt. Jetzt habe ich wieder das Gefühl, ich sei älter. Meinen Gedanken nach müßte ich noch jung sein, weil ich so wenig habe. Sicher kommt das daher, weil ich von vielen Jahren nichts mehr weiß. Aber dem Gefühl nach bin ich wieder älter.“

Das Gefühl der unausgefüllten Zeit erscheint also in der Gegenwart als Langeweile und in bezug auf das Ganze der Person als Entleerung des Gehalts und führt den Patienten zu dem Urteil, sein Erleben sei unangemessen seinem Persönlichkeitsgefühl, als ob er zu jung für sein Alter wäre. Dies Urteil aber, scheint mir, kann doch nur auf Grund der erhaltenen Ganzheit der Person ausgesprochen werden. Die Störung liegt somit auch hier in der Entdifferenzierung und der dadurch bedingten Entleerung an Gehalt, d. h. in der Unstrukturiertheit und der dadurch nicht zustande kommenden Erfüllung und Tiefe des Gefühlslebens, was vom Patienten deutlich gemerkt und geäußert wird, weil sein Gefühl es ihm richtig anzeigt. Mit zunehmender Wiederherstellung der Strukturiertheit des Erlebens geht das Gefühl der Störung und Unadäquatheit des Erlebens zurück, die Erfüllung des Gefühls stellt sich wieder her. — Wenn man danach also fragt, ob die Störung in der vitalen Schicht des Gefühls- und Trieblebens oder in der noetischen Schicht zu lokalisieren sei, so kann meines Erachtens nur geantwortet werden, daß es sich hier um eine solche des noetischen Oberbaues handelt. Die „vitale Person“ kann sich infolge dieser Störung des personalen Oberbaues nicht entfalten; daß in ihr selbst aber eine Störung vorläge, ergibt sich aus den Befunden von BÜRGER-PRINZ und KAILA meines Erachtens nicht. Diese sprechen vielmehr ebenso wie die Analyse unseres Falles dafür, daß es sich bei der

„Apersonalität“ der Kranken um eine Entdifferenzierung, um einen Verlust der Strukturiertheit, aber nicht um eine Aufhebung der personalen Kontinuität, soweit man diese als individuelle Eigenart ohne selbstbewußtes Persönlichkeitsgepräge aufzufassen hat, handelt.

Damit ergibt sich für den Begriff der Persönlichkeit aus der Beobachtung der hier vorliegenden psychischen Störung folgendes: Da das Persönlichkeitslose als Unstrukturiertheit, als Undifferenziertheit, als Gehaltverlust erscheint, muß man unter Persönlichkeit die Ausprägung und gestaltete Erfüllung, die Ausdifferenzierung und Durchstrukturierung der individuellen Eigenart, die der Individualität Gestalt und geistigen Gehalt gibt, verstehen. Tut man dies, so kann man von diesem geistigen Aspekt der Individualität einen anderen, allgemeineren unterscheiden und als „Person“ bezeichnen. Es dürfte aber nicht richtig sein, diesen Person-Begriff gleichzusetzen mit dem, was z. B. BRAUN die „vitale Person“ genannt hat¹. Die vitale Person ist nur ein Teil der Person; ebenso „das Es“ oder die Tiefenperson, die die Schichttheoretiker dem Ich, der Persönlichkeit, der sittlichen oder geistigen Person gegenüberstellen², oder die LERSCH als endothymen Grund vom personalen Oberbau unterscheidet³.

Als Person muß man das Ganze der Individualität bezeichnen. Man kann wohl von der Person die Persönlichkeit unterscheiden, wenn man den geistigen Aspekt der Person besonders hervorheben will. Nicht aber kann man Person und Persönlichkeit wie zwei verschiedene Schichten einander gegenüberstellen. Das tut auch KANT nicht, auf dessen begriffliche Trennung von Person und Persönlichkeit in der Kritik der praktischen Vernunft⁴ in dieser Hinsicht gelegentlich verwiesen wird. Persönlichkeit ist auch für ihn nur die selbstbewußte Person, in welcher das Bewußtsein der sittlichen Autonomie auftritt. Die Kontinuität der Person aber, welche Voraussetzung der Persönlichkeit ist, als Substantialität der Seele aufzufassen, wozu ihre Gebundenheit an eine Vitalschicht führen müßte, ist für KANT nicht einmal im geistigen Sinne möglich; sie ist unmöglich aus der „Identität des Ich“ abzuleiten: „Da wir an der Seele keine beharrliche Erscheinung antreffen, als nur die Vorstellung Ich, welche sie alle begleitet und verknüpft, so können wir niemals ausmachen, ob dieses Ich (ein bloßer Gedanke) nicht ebensowohl fließe, als die übrigen Gedanken, die dadurch aneinander gekettet werden“. Es kann also „die Substantialität

¹ BRAUN, E.: Die vitale Person. Leipzig 1933. — ² Vgl. ROTHACKER, E.: Die Schichten der Persönlichkeit, 3. Aufl. Leipzig 1947. — ³ LERSCH, PH.: Der Aufbau des Charakters. Leipzig 1938.

⁴ KANT, Kr.pr.Vern. 1. Buch, III. Hauptstück: Von den Triebfedern der praktischen Vernunft, viert- und drittletzter Absatz, in der 2. orig. Aufl. (1792) S. 154ff.

der Seele darauf nicht begründet werden“¹. Trotzdem ist diese („bloße“) Idee der selbständigen beharrlichen personalen Natur unserer Seele aber erst recht nicht aus „empirischen Gesetzen körperlicher Erscheinungen, die von ganz anderer Art sind“, zu erklären. Die Person ist im Unterschied von der Persönlichkeit wohl mehr den Gesetzen „des Mechanismus der ganzen Natur“ unterworfen, wenn sich aus ihr nicht die sittliche Persönlichkeit entwickelt, die das Wirksamwerden des ideellen Prinzips ermöglicht. Darum aber kann man sie nie und nimmer in die vitale Triebsschicht verlegen. Es handelt sich für KANT vielmehr um eine Unterscheidung von zwei Aspekten, des „reinen“, „intelligiblen“, und des „empirischen“ Aspekts, vom Ganzen des menschlichen Personphänomens, und nicht um eine Unterscheidung zweier geschiedener empirischer Komplexe. Das Ineinandergefügtsein der beiden Aspekte in der einen Person bringt KANT meines Erachtens sehr deutlich zum Ausdruck, wenn er sagt: „Die Vereinigung der Kausalität als Freiheit mit ihr als Naturmechanismus, davon die erste durch das Sittengesetz, die zweite durch das Naturgesetz, und zwar in einem und demselben Subjekte, dem Menschen, feststeht, ist unmöglich, ohne diesen in Beziehung auf das erste als Wesen an sich selbst, auf das zweite aber als Erscheinung, jenes im *reinen*, dieses im *empirischen* Bewußtsein vorzustellen“². Aus KANTS Ausführungen folgt, daß durch den geistigen Aspekt des Persönlichkeitsbewußtseins eine Distanzierung von Erscheinung und Denken eintritt, die in die Person eine antinomische Spannung hineinbringt, ihr aber auch ihre eigentlich menschliche Tiefe und ihren metaphysischen Gehalt und ihre sittliche Würde gibt. Das ist ganz im Einklang mit unseren Analysen.

Auch wenn man von diesem Gehalt des Phänomens der Personalität absieht, und die Person gleichsam nur in ihrer platten Vordergründigkeit betrachtet, kann man also die Person nicht als Ausdruck einer Trieb- und Affektschichtfunktion deuten und behaupten, daß die

¹ KANT: Kr.f.Vern. A 364, 369. — Vgl. dazu auch die Anmerkung A 363: „Eine elastische Kugel, die auf eine gleiche in gerader Richtung stößt, teilt dieser ihre ganze Bewegung, mithin ihren ganzen Zustand (wenn man bloß auf die Stellen im Raum sieht) mit. Nehmt nun, nach der Analogie mit dergleichen Körpern, Substanzen an, deren die eine der anderen Vorstellungen, samt deren Bewußtsein einflöste, so wird sich eine ganze Reihe derselben denken lassen, deren die erste ihren Zustand samt dessen Bewußtsein der zweiten, diese ihren eigenen Zustand samt dem der vorigen Substanz der dritten und diese ebenso die Zustände aller vorigen samt ihrem eigenen und deren Bewußtsein mitteilte. Die letzte Substanz würde also aller Zustände der vor ihr veränderten Substanzen sich als ihrer eigenen bewußt sein, weil jene zusamt dem Bewußtsein in sie übertragen worden, und dem unerachtet würde sie doch nicht eben dieselbe Person in allen diesen Zuständen gewesen sein.“

² KANT: Kr.pr.Vern. Vorrede, vgl. Anm. auf S. 10 a. a. O.

Lahmlegung dieser Triebsschicht die Kranken des inneren Kontinuums des Personalen beraube, wenn man nicht sowohl in begriffliche Schiefheiten als auch in Widersprüche zum Phänomen geraten will. In dieser Hinsicht kann man daher meines Erachtens den Deutungen von BÜRGER-PRINZ und KAILA bei ihren im übrigen so aufschlußreichen phänomenologischen Ausführungen zum Korsakow-Syndrom nicht folgen. — Gegen die Zuordnung der Aspontaneität zur vitalen Trieb- und Gefühlschicht sollen natürlich hiermit keine Einwände gemacht werden. Ein viel wesentlicheres Gewicht für die Apersonalität hat aber meines Erachtens nicht nur in unserem Falle, sondern auch in den Fällen von BÜRGER-PRINZ und KAILA (vgl. z. B. nur die angeführten auf den Zeitsinn bezüglichen Stellen) die noetische Störung, welche bei uns in Form der ideatorischen Apraxie ganz besonders greifbar wird. Diese Überlegungen richten sich natürlich auch nicht gegen den Begriff einer „vitalen“ (Teil-)Person, wie ihn die Schichttheorie gebraucht, sondern nur gegen die Annahme, daß diese Teilperson die Bedingung für das innere Kontinuum des Personalen sei. Die Bedingung für das innere Kontinuum des Personalen ist die „Ganzheit“ der Person, und nicht irgendeine teilhafte Schicht.

Das wesentliche, ganzheitliche Charakteristikum der psychischen Störungen der Patientin sehen wir also in ihrer geistigen Apersonalität, in ihrem Unabgehobensein von ihrer Umwelt, in dem Mangel an Strukturiertheit ihres Erlebens. Das Abgeschnittensein von der Vergangenheit durch den Gedächtnisverlust, das nicht in die Zukunft vorgreifen können mangels rückwärtiger Bezogenheit und mangels spontaner emotionaler Dynamik tun sicher das ihre dazu, um den Bewußtseinszustand der Kranken in seiner Art noch weiter zu formen, ihm eine Vordergründigkeit und Horizontbeschränkung durch den Verlust der zeitlichen Tiefendimension und eine schutzlose, indifferente Offenheit durch den Verlust der ekstatischen Dimension der Transzendenz zu geben, und ihn damit zu dem zu machen, was ihn uns als Korsakow-Syndrom erscheinen läßt, wenn wir — wie wir das außer der einen angeführten Einschränkung tun — uns in der Auffassung dieses Syndroms mit BÜRGER-PRINZ und KAILA solidarisch erklären.

Wieweit die spezielle Struktur des hier mitgeteilten Falles als typisch angesehen werden darf, ist eine andere Frage; gehört er doch diagnostisch mehr in den Grenz- als in den Zentralbereich dieses Syndroms. Es treten die Züge der organischen Demenz sehr stark hervor. Aber die für das Korsakow-Syndrom charakteristische Persönlichkeitsveränderung ist noch gut wahrzunehmen.

Der Unterschied dieser Persönlichkeitsveränderung der Korsakow-Kranken gegenüber der hinter der senilen Demenz stehenden Persön-

lichkeitsveränderung der Presbyophrenie dürfte noch interessieren. Diese (presbyophrene) aus einer Überspitzung der individuellen Eigenart hervorgehende Einengung, wenn man einmal so sagen darf: des Persönlichkeitshorizonts auf eine ganz bestimmte starre Grenzform unterscheidet sich von der ganz unbestimmten, vagen Formlosigkeit und dem gänzlichen Verlust des Persönlichkeitshorizonts der Korsakow-Kranken. Auch die Kritikstörung des Senildementen ist mehr eine solche durch Wesensverkennung infolge des Verlustes des objektiven Aspektes, welche dann auch zu der bekannten paranoiden Einstellung der Greise führt; die Kritikstörung des Korsakowkranken ist dagegen mehr eine der Widerspruchsverkennung. Es zeigt sich diese Persönlichkeitsdifferenz z. B. auch in der leicht zu beobachtenden Haltung zum Besitz: Dem Geiz des Senilen, der sich aus dem Beibehaltenwollen eines erstarrten Schemas erklärt, das irgendwie den persönlichen Gehalt repräsentiert: man will sich gegen alle, das persönliche eingeeengte Wesen verändernden Einflüsse schützen; weil man aber nicht mehr die Übersicht über das sachlich Wesentliche hat, will man ängstlich alles, auch Unwesentliches behalten, damit keine Lücken im Umweltschema entstehen, wo fremdes Störendes einbrechen kann, — diesem Geiz des presbyophren veränderten Senildementen steht eine Habgier des Korsakow-Kranken gegenüber, die sich aus einem unter Umständen ganz wahllosen Drang zur inhaltlichen Auffüllung einer gehaltlichen Leere erklärt: alles, was man überhaupt auffaßt, hält man wegen seiner erfaßten Ganzheit für wesentlich, man ist daher von ihm fasziniert, Widersprüchliches erfaßt man nicht, daher will man alles wahllos haben, was man erfaßt. Es ist also bis in die Form der Verhaltensweisen der Dementen hinein der Faktor der Persönlichkeitsstruktur zu verfolgen — wenn auch natürlich nicht immer in jedem Fall gleich deutlich und mit dem zunehmenden Grade der Demenz immer weniger. Es ist hier nicht beabsichtigt, in allgemeine differenzialdiagnostische Erörterungen einzugehen. Es sei aber doch noch erwähnt, daß dieses Persönlichkeitsmoment sich wohl auch in der Art der Konfabulationen der Kranken äußern muß und vielleicht mit der viel mehr bestimmte Komplexe betreffenden konfabulatorischen Tendenz beim Alterskorsakow (Heiratskomplex der alten Frauen; bestimmte paranoide Komplexe, Auswahl von angebotenen Suggestionen unter diesen Gesichtspunkten) und den dem gegenüber viel wahlloseren Konfabulationen der reinen Korsakow-Kranken (vgl. z. B. die völlig kritiklose Annahme jeder Suggestion beim Delirium tremens) zusammenhängt.

Wir hatten am Schluß des 4. Abschnitts, bevor wir uns der jetzt durchgeführten Strukturanalyse zuwandten, darauf hingewiesen, daß man in der Strukturfrage leicht der Gefahr erliegen kann, einen Teil

für das Ganze zu nehmen¹. Demgegenüber haben wir uns jetzt zu sagen, daß man nach Aufweis des strukturellen Phänomens der psychopathologischen Veränderung des „ganzheitlichen“ Strukturzusammenhangs, der das veränderte seelisch-geistige Erleben der Patientin repräsentiert, auch nicht einer anderen Gefahr erliegen darf: nämlich die Ganzheitlichkeit zum Dogma zu machen, wie das verschiedentlich üblich war und ist, und sich in vages Eindrucksdeuten zu verlieren. Eine ganzheitliche Betrachtungsweise, wie sie für die Psychopathologie notwendig ist, ist für uns nur insoweit belangvoll, als in ihr ein Bezogensein auf die Teile des Ganzen einbegriffen ist. Eine Ganzheitserschaffung ohne die Herausarbeitung der Teile, ein Strukturzusammenhang ohne Strukturelemente, die in ihm zusammenhängen, kommt auf eine in wissenschaftlicher Hinsicht belanglose Banalität hinaus².

Auch aus diesem Gesichtspunkt dürfte die nahe Beziehung zwischen Hirnpathologie und Psychopathologie einleuchten. Ist es Sache der letzteren, die elementaren Grundfaktoren aus den ganzheitlichen Syndromen herauszuarbeiten, so ist es Sache der Hirnpathologie und der anderen Somatopathologie, die gefundenen Strukturelemente mit körperlichen Veränderungen zu konfrontieren, die Teile des Ganzen, die Strukturelemente, zu „lokalisieren“. Hier liegt der Beziehungspunkt zwischen Psychopathologie und Hirnpathologie. Hier zeigt sich aber auch unseres Erachtens eine Grundverschiedenheit in der Blickrichtung von beiden im Hinblick auf die psychischen Phänomene. Die Hirnpathologie geht auf die Teile, die Strukturelemente, welche sich lokalisieren lassen; sie muß natürlich von da aus auch auf das Ganze sehen. Die Psychopathologie geht auf das Ganze, den Strukturzusammenhang, der sich nicht und niemals lokalisieren läßt; sie muß natürlich von da aus auch auf die Teile sehen.

Zusammenfassung.

1. Mitteilung eines Falles von schwerer organischer Hirnschädigung. Nach einer Verschüttung durch Bombenangriff war die Patientin 6 Tage

¹ Es scheint, daß auch BÜRGER-PRINZ und KALLA in ihrer Deutung der Apersonalität der Kranken dieser Gefahr nicht ganz entgangen sind und so zu einer unberechtigten „Substanztialisierung“ der Persönlichkeit neigen.

² Vgl. zur eingehenderen Kritik des Ganzheitsbegriffs und seiner Beziehungen zur allgemeinen Psychopathologie meine bereits angeführte Arbeit: Das psychisch Abnorme sowie auch meinen im Erscheinen begriffenen Überblick über die psychiatrischen Theorienbildungen in kritischer Hinsicht auf ihren Ganzheitscharakter. (Fachr. Neur. 1949). Eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Frage liegt meines Wissens bisher, auch nach der 4. Auflage von JASPERS allgemeiner Psychopathologie, von der Psychopathologie aus noch nicht vor, während für die Hirnpathologie das Problem durch CONRAD bearbeitet wurde. Vgl. K. CONRAD: Dtsch. Z. Nervenhk. 158 (1947).

besinnungslos, machte dann einen 3 Wochen dauernden Erregungszustand durch und zeigte anschließend das Bild eines schweren amnestischen Symptomenkomplexes. Anfänglich flüchtige hyperkinetische extrapyramidalmotorische Symptome wichen später einer Akinese. Seit 2 Jahren besteht ein stationärer Zustand von Aspontaneität, gemüthlicher Indifferenz und Leere; man findet außerdem Verlust des persönlichen Gedächtnisses, Zeitsinn- und Einstellstörung und eine ideatorische Apraxie. Encephalographisch ist ein Hydrocephalus (vor allem internus) nachweisbar.

2. Gegenüberstellung des Falles mit vergleichbaren Fällen traumatischer Genese, insbesondere dem Fall EWALDS, mit den Fällen infektiöser und toxischer Genese von HADDENBROCK und STÖRRING, mit dem klinischen Bilde der amnestischen Demenz und den nach Leukotomie beschriebenen Persönlichkeitsveränderungen.

3. Ein Versuch kausalanalytischer Deutung des Falles hält sich pathogenetisch an den nachweisbaren Hydrocephalus und die Möglichkeit eines Markschwundes infolge von Durchblutungsstörungen. Ätiologisch muß eine CO-Schädigung oder Anoxämie neben der traumatischen Genese in Erwägung gezogen werden. Auf lokalisatorische Fragen wird nicht näher eingegangen. Die hirnpathologische Aufteilung des Korsakow in einen Typus mit vorwiegender Hirnrindenbeteiligung und einen Typus mit vorwiegender Hirnstammbeteiligung mag möglich sein, erscheint aber verfrüht; eine terminologische Differenzierung aus ähnlichen Gesichtspunkten ebenso. Sie kann für die Psychopathologie außerdem unter Umständen gefährlich irreführend werden.

4. Die psychopathologische Erklärung führt auf drei unableitbare, selbständige Grundstörungen: Verlust des persönlichen Gedächtnisses, Spontaneitätsverlust und ideatorische Apraxie. Diese drei Grundstörungen sind als Elemente eines Strukturzusammenhanges aufzufassen, der selbst zwar von den Elementen abhängig, aber doch mehr und etwas anderes als diese ist. Er repräsentiert die Persönlichkeit der Kranken, die entdifferenziert, gehaltleer, unabgehoben von der Umwelt ist, die aber nicht ihre individuelle Eigenart verloren hat. Dieser für die Psychopathologie belangvolle Strukturzusammenhang darf nicht als ein lokalisierbares Phänomen aufgefaßt werden. Er ist, wie die Persönlichkeit, das Ganze, das nie lokalisiert werden kann. Lokalisierbar sind nur die Teile des Ganzen, die Strukturelemente. Für die Frage der psychophysischen Korrelationen ist daher die Herausarbeitung der Strukturelemente der Syndrome wichtig.

5. Der Versuch einer Strukturanalyse verfolgt die Beziehungen zwischen den Grundfaktoren, die Beurteilung ihrer Wertigkeiten und die Beziehungen zum Ganzen des Strukturzusammenhangs. Es zeigt sich dabei die ideatorische Apraxie als die gewichtigste Grundstörung.

Deren Einflüsse auf die Einstell-, Kritik- und Zeitsinnstörung, auf Merkfähigkeit und Emotionalität werden verfolgt. Ebenso werden aber auch die Einflüsse des Gedächtnisverlustes und der Aspontaneität in diesen Störungen nachgewiesen. Der Versuch, die Veränderung der Persönlichkeit als Ganzes zu erfassen, zeigt, daß bei einem Fehlen des Persönlichkeitsbewußtseins und des „existenziellen“ Hintergrundes, des Sinnes für das eigentliche Dasein, der Patientin doch weder eine Persönlichkeit noch ein Bewußtsein abgesprochen werden kann. Wenn man sie daher „persönlichkeitslos“ nennt, so darf man das nur in dem Sinne tun, daß man ihre ursprüngliche individuelle Eigenart, das, was man im Unterschied von „Persönlichkeit“ auch „Person“ nennen kann, nicht in den Begriff dieses Verlustes einbezieht. Was der Patientin fehlt, ist die persönliche Ausgeprägtheit der personalen Eigenart. Und dies vor allem deshalb, weil ihr eine Beziehungsbildung und eigentätige Abhebung von Ich und Anderem nicht mehr möglich ist. Von einer „Apersonalität“ der Korsakow-Kranken als Ausdruck einer durch Lahmlegung der Triebsschicht bedingten Aufhebung des inneren Kontinuums des Personalen zu sprechen, scheint fragwürdig und führt zu unhaltbaren Konsequenzen. Die Kontinuität eines „Urbewußtseins“ mit der Fähigkeit einfacher Aufnahme von Bewußtseinsinhalten und der Möglichkeit, mit den in diesen enthaltenen „ganzheitlichen“ Beziehungen auch gewisse Sinnerfassungen zu leisten, ist bei der Patientin nachweisbar; dies zeigte speziell die Analyse der Zeitsinnstörung. Die Kranke erlebt ganzheitlich, aber nicht gestalthaft. Ein „Leben des Geistes“, das gestalthafte Möglichkeiten erfordert, kann sich daher bei ihr nicht mehr entfalten. Nach einer differentialdiagnostischen Gegenüberstellung dieser Persönlichkeitsveränderung mit der der senilen Demenz wird zum Schluß nochmals auf die Berührungstelle von Psychopathologie und Hirnpathologie hingewiesen, die Verschiedenartigkeit ihrer Tendenzen erwähnt und vor einer dogmatischen „Ganzheits“-Überschätzung gewarnt.

Priv.-Doz. Dr. HEMMO MÜLLER-SUUR, (20b) Göttingen.
Landesheil- und Pflegeanstalt.